

ผลของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อนงค์นาฏ แพงสุพัต*

รัชณี นามจันตรา**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเลือกอย่างเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าใหญ่ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดอัมพฤกษ์และอัมพาตของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน ที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูงมากและมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Repeated Measures ANOVA และ Friedman's test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, .01$ ตามลำดับ) ระดับความดันซิสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตสูง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

E-mail: r_namjuntra@gmail.com

Effects of a Transaction Program on the Health Behaviors and Blood Pressure Levels of Patients with Hypertension

Anongnat Phangsuput*

Rachanee Namjuntra**

Abstract

This quasi-experimental research on one group using a pre-posttest design aimed to study the effects of a transaction program on the health behaviors and blood pressure levels of patients with hypertension. The sample were purposive sampled from patients who attended the Chronic Disease Clinic, Ban Lao Yai's Health Promotion Hospital, Mahachanachai District, Yasothon Province. The sample comprised 14 patients who were at moderate to very high risk screened by the possibility of risk for stroke assessment tool of the Ministry of Public Health and had blood pressure levels $\geq 140/90$ mmHg. They had undergone the transaction program developed from King's theory of Goal Attainment for 8 weeks. The research instruments for data collection were health behavior questionnaires including eating, adherence to treatment and follow-up, exercise, stress management, and avoiding risk factors. The health behaviors and blood pressure levels of the sample were collected before entering the program, and after receiving the program at the 8th and 12th weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated measures ANOVA, and Friedman's test.

The results revealed that after receiving the transaction program in the 8th and 12th weeks, the sample had average overall health behaviors' scores significantly higher than that before the program ($p < .001$). Eating and exercise behavior scores after receiving the program in the 8th and 12th weeks were significantly higher than those before the program ($p < .05$, $.01$ respectively). Systolic blood pressure levels of the sample in the 8th and 12th weeks after the program were significantly lower than those before the program. Systolic blood pressure levels in the 12th week were also significantly lower than those in the 8th week ($p < .05$).

The results of this study can provide a guideline for nursing practice in caring for patients with hypertension to adjust their health behaviors, to control their blood pressure levels, and to prevent complications arising from hypertension.

Keywords: transaction, health behaviors, hypertension

* Nursing Students Adult Nursing, Faculty of Nursing Rangsit University.

**Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Rangsit University.

E-mail: r__namjuntra@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก โดยจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ได้ประมาณไว้ว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก จาก 194 ประเทศ มีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ถึงเกือบ 8 ล้านคน และเกือบ 1.5 ล้านคนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁾ ในปี 2556 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน 602,548 คน โดยจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2551 อัตราป่วยเท่ากับ 500.65 ต่อประชากรแสนคน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 937.58 ต่อประชากรแสน ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 4,056.19 ต่อประชากรแสนคน และภาวะแทรกซ้อนของ โรคความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุดคือภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจร้อยละ 76.54 รองลงมาคือภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 15.05⁽²⁾

เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ระดับความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี และควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า

150 มิลลิเมตรปรอท และไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป⁽³⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมนับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁾ แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกเดือนร้อยละ 48 รับประทานอาหารเค็มและอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 16 ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 18 ออกกำลังกายไม่เพียงพอร้อยละ 23 สูบบุหรี่ร้อยละ 37 ดื่มสุราร้อยละ 39 รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอร้อยละ 8 พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา⁽⁵⁾

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ บุคลากรสุขภาพต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม มีการปรึกษาหารือร่วมกันในการวางแผนการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ⁽⁶⁾ การให้ความสนใจกับความคิดเห็นของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาและรับการรักษอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง⁽⁸⁾ ที่เสนอว่า ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ถ้ามีการรับรู้ที่

ถูกต้องและตรงกันและร่วมกันวางแผนการปฏิบัติ ย่อมเกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย (Transaction) และนำสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่ประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง⁽⁸⁾ โดยใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น^(9,10) มีพฤติกรรม การบริโภคอาหารดีขึ้น⁽¹¹⁾ และมีระดับความดันโลหิตลดลง⁽⁹⁻¹¹⁾

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าใหญ่ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ทำการประเมินโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลของ รพ.สต.บ้านเหล่าใหญ่ ทั้งหมดจำนวน 71 คน โดยใช้แบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับสูงมาก จำนวน 31 คน หรือประมาณ ร้อยละ 44 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะไตวาย 4 คน และเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน⁽¹³⁾ และจากการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทาน อาหารรสหวานและใส่กะทิ เต็ม น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส หรือเกลือเพิ่มในขณะที่รับประทานอาหาร ออกแรงทำงานหนัก แบกหรือดึงหรือยกของหนัก พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย

ของคิง⁽⁸⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งจะนำไปสู่การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย
2. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (Kings Theory of Goal Attainment)⁽⁸⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีนี้ได้อธิบายกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายว่า พยาบาลและผู้ป่วยต่างมีระบบส่วนบุคคลของตน มีการรับรู้และการติดต่อสื่อสารของตน เมื่อทั้งสองฝ่ายมาพบกัน แต่ละฝ่ายจะนำการรับรู้และการติดต่อสื่อสารของตนมาปฏิสัมพันธ์กันและเกิด

กระบวนการซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) การกระทำ (Action) คือ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและพยาบาล 2) การตอบสนอง (Reaction) คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยและพยาบาล 3) สิ่งรบกวน (Disturbance) คือ ปัญหาของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลแลกเปลี่ยนการรับรู้และร่วมกันกำหนด 4) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal setting) พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ 5) ค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่เป้าหมาย (Explore means to achieve goal) ทั้งสองฝ่ายร่วมมือกันหาวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการสู่เป้าหมายที่ได้ร่วมกันตั้งไว้ 6) ตกลงเลือกวิธีการที่จะใช้ดำเนินการสู่เป้าหมาย (Agree on means to achieve goal) ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกันและยอมรับการนำวิธีการที่เลือกแล้วมาใช้ 7) เกิดปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย (Transaction) ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันปฏิบัติตามวิธีการที่ตกลง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

โปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย⁽⁸⁾ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การกำหนดปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาร่วมกันเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิต กระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และนำสู่การลดระดับความดันโลหิต

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Posttest Experimental Research Design) กลุ่มตัวอย่างเลือกอย่างเจาะจงจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทุกรายที่มารับบริการที่ รพ.สต. บ้านเหล่าใหญ่ ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์และอัมพาตในระดับปานกลางถึงสูงมาก โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดอัมพฤกษ์และอัมพาตของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น และการพูด ได้กลุ่มตัวอย่าง 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ ซึ่งใช้ประเมินว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ หรือไม่ 8 ประการ ได้แก่ ประวัติทางพันธุกรรม การสูบบุหรี่ การมีระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ หรือ 90 มิลลิเมตรปรอท การมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (หรือระดับน้ำตาลในเลือดกรณีไม่ได้อดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) การมีไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ ไขมันรวมมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร

มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีประวัติเป็นโรคหัวใจ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ หมายถึง มีระดับความเสี่ยงสูง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3-5 ข้อ มีระดับความเสี่ยงปานกลาง และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 5 ข้อ มีระดับความเสี่ยงสูงมาก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1) โปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ดำเนินการ 4 ครั้ง ครั้งแรกในสัปดาห์แรก เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อความเข้าใจตรงกัน ดำเนินการเป็นกลุ่มๆ ละ 4-5 คน บริเวณลานอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน ใช้เวลา 1-1½ ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เฉพาะของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพจากแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเพิ่มเติม และร่วมกันกำหนดวิธีการปฏิบัติสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ใช้เวลา 1 1½ ชั่วโมง ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยตามที่ตกลงร่วมกันไว้ สอบถามอุปสรรคของการปฏิบัติ ให้กำลังใจ ทบทวนเป้าหมาย และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันพิจารณาผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ กรณีที่ไม่บรรลุ ผู้วิจัยจะสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการแก้ปัญหา

ร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ครั้งที่ 2-4 ผู้วิจัยดำเนินการเป็นรายบุคคลที่บ้านผู้ป่วย

2.2) คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดัดแปลงเนื้อหาจากสมุดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท (Mercury sphygmomanometer) และเครื่องหูฟัง (Stethoscope) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นจากบริษัทที่ผลิต

3.2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย ชนาครอบเหวระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาที่ได้รับ

3.3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรม การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของ นาฏอนงค์ สิงห์คุณา (2553)⁽¹⁵⁾ มีข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร 11 ข้อ ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ และด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ

มีค่าระหว่าง 30-150 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดี คะแนนต่ำ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และพิษวิทยาการบรรเทาทุกข์ของคิง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .84

2) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต หนังสือรับรองจริยธรรม เลขที่ 57-361-019 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตัว สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะ

ได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเสนอเป็นภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอมหานະชัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหานະชัย ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการวัดและบันทึกระดับความดันโลหิต สอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังจากดำเนินโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และนัดหมายผู้ป่วยมาที่ รพ.สต. อีก 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 12) ผู้วิจัยทำการวัดระดับความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดย

รวมซึ่งมีการกระจายของข้อมูลแบบปกติด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA และ Pairwise Comparisons และเปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมสุขภาพรายด้านและระดับความดันโลหิต ซึ่งมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ ด้วย Friedman's test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.10 มีอายุระหว่าง 47-68 ปี เฉลี่ยอายุ 59.57 ปี (SD = 6.81) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.90 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 85.70 รายได้เฉลี่ย 1,614 บาท/เดือน (SD = 564.11) สูบบุหรี่ 1 คน เคยสูบบุหรี่และเลิกแล้ว 3 คน ดื่มแอลกอฮอล์ 2 คน มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 23.00-24.99 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 35.7 มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 35.7 มีขนาดรอบเอวเกิน (ชาย $\geq$ 90 และหญิง $\geq$ 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 57.14 และมีระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-15 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 85.7) ยาที่ได้รับมากที่สุดคือ HCTZ (ร้อยละ 78.60) รองลงมา คือ Enalapril (ร้อยละ 64.30) ASA (ร้อยละ 57.10) และ Amlodipine (ร้อยละ 50.00) ตามลำดับ

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม 4.22 (SD = .31) หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 4.74 (SD = .19 และ

.18 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า พฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.88, SD = .23) รองลงมาคือพฤติกรรมด้านการลดปัจจัยเสี่ยง ($\bar{x}$ = 4.70, SD = .79) พฤติกรรมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x}$ = 3.88, SD = .59) หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านทุกด้านมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับสำหรับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย 147.71 มิลลิเมตรปรอท (SD = 6.87) และ 81.71 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.81) หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงเหลือ 118.57 มิลลิเมตรปรอท (SD = 7.70) และ 75.71 มิลลิเมตรปรอท (SD = 8.51) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Pairwise Comparisons พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม รายด้าน และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใน สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 (n=14)

พฤติกรรมสุขภาพ	Min	Max	Mean	SD
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	3.70	4.66	4.22	.31
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	4.34	4.95	4.74	.19
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	4.36	5.00	4.74	.18
พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	3.45	5.00	4.11	.45
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	4.00	5.00	4.63	.35
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	4.00	4.00	4.63	.35
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	2.40	4.80	3.88	.59
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	3.80	5.00	4.68	.39
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	3.60	5.00	4.72	.49
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	2.40	5.00	3.96	1.15
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	3.00	5.00	4.77	.60
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	3.80	5.00	4.84	.40
พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	4.40	5.00	4.88	.23
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	3.66	5.00	4.90	.36
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	5.00	5.00	5.00	.00
พฤติกรรมด้านการลดปัจจัยเสี่ยง				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	2.33	5.00	4.70	.79
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	2.33	5.00	4.66	.76
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	3.33	5.00	4.78	.55
ระดับความดันโลหิต ซิสโตลิก				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	140	164	147.71	6.87
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	110	140	126.42	8.41
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	110	130	118.57	7.70
ระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	72	94	81.71	5.81
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8	70	90	80.71	9.97
หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12	70	90	75.71	8.51

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA (n=14)

ข้อมูล	ก่อนได้รับ		หลังได้รับโปรแกรมฯ				F	p-value
	โปรแกรมฯ		สัปดาห์ที่ 8		สัปดาห์ที่ 12			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	4.22	.305	4.74	.19	4.75	.175	26.15	< .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ด้วยสถิติ Pairwise Comparisons (n=14)

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	Mean	SD	Mean Difference	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.22	.31		
หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8	4.74	.19	-.519	<.001
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.22	.31		
หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12	4.74	.18	-.526	<.001
หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8	4.741	.19		
หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12	4.749	.18	-.008	1.00

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ สัปดาห์ที่ 12 ด้วยสถิติ Friedman's test พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $.01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) เมื่อทดสอบ ความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon signed

rank test พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ ใน สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $.01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

สำหรับการเปรียบเทียบระดับความดัน ชีสโตลิกของผู้ป่วยระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและระดับความดัน โลหิตของผู้ป่วย ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ด้วย สถิติ Friedman' test (n=14)

ข้อมูล	ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ	หลังได้รับโปรแกรมฯ		Chi- Square	p- value
	Mean Rank	สัปดาห์ที่ 8 Mean Rank	สัปดาห์ที่ 12 Mean Rank		
พฤติกรรมสุขภาพด้านการ รับประทานอาหาร	1.46	2.25	2.29	6.76	.034
พฤติกรรมสุขภาพด้านการออก กำลังกาย	1.32	2.29	2.39	11.37	.003
พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการ ความเครียด	1.61	2.18	2.21	5.87	.053
พฤติกรรมสุขภาพด้านการ รับประทานยาและการมาตรวจ ตามนัด	1.82	2.04	2.14	3.50	.174
พฤติกรรมสุขภาพด้านการลด พฤติกรรมเสี่ยง	2.00	1.86	2.14	2.46	.292
ระดับความดันซิสโตลิก	3.00	1.71	1.20	24.00	<.001
ระดับความดันไดแอสโตลิก	2.29	2.11	1.61	3.96	.138

สัปดาห์ที่ 12 ด้วยสถิติ Friedman's test พบว่า ระดับความดันซิสโตลิกของผู้ป่วยแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ระดับ ความดันซิสโตลิกของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนเข้า ร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 5) และระดับความดันซิสโตลิกของ

ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 12 ต่ำ กว่าสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 5)

ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการ จัดการความเครียด ด้านการรับประทานยาและ การมาตรวจตามนัด ด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยง และระดับความดันไดแอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับ โปรแกรม ($p > .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและระดับความ ดันโลหิตของผู้ป่วย ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ด้วย สถิติ Wilcoxon signed rank test ($n = 14$)

ข้อมูล	Z	p-value
พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร		
ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8	-2.19	.028
ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 12	-2.30	.021
หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8-12	-.41	.678
พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย		
ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8	-2.85	.004
ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 12	-2.83	.005
หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8-12	-.29	.766
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก		
ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8	-3.30	.001
ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 12	-3.29	.001
หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8-12	-2.14	.032

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมเน้นการแลกเปลี่ยนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เพื่อให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกัน และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งคือ การปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความสนใจกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมโรค⁽⁷⁾ และเป็นไปตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่าถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ร่วมกัน และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ ภาตะนันท์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของคิงในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่บ้านมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, .01$ ตามลำดับ) เนื่องจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในสองด้านนี้ การร่วมกับผู้ป่วยวางแผนการแก้ปัญหาจึงมักเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพสองด้านนี้ ทำให้พฤติกรรมสุขภาพในสองด้านนี้ดีขึ้นชัดเจน เช่น การตั้งเป้าหมายในการลดการรับประทานเกลือโซเดียม โดยร่วมกันกำหนดว่าจะลดการเติมเกลือแกงและน้ำปลาในการปรุงอาหารแต่ละวัน และไม่เติมเครื่องปรุงเพิ่มในขณะรับประทานอาหาร และหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปต่างๆ การตั้งเป้าหมายในการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายและลดการมีกิจกรรมที่ออกแรงมาก โดยเลือกวิธีการมีกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเป็นทางเลือกในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ ภัสพร ขำวิชา และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยได้รับความรู้และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มตัดสินใจเลือกที่จะพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก

ที่สุดร้อยละ 96.9 รองลงมา คือ เรื่องการออกกำลังกายร้อยละ 93.8

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดและด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยง ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในสองด้านนี้เหมาะสมตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.88 (SD = .23) และ 4.70 (SD = .79) (ตารางที่ 1) ซึ่งค่อนข้างสูง สอดคล้องกับผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ที่พบว่า ปัญหาพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เป็นปัญหาที่พบน้อยกว่าปัญหาพฤติกรรมด้านอื่นๆ โดยพบเพียงร้อยละ 8 ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพด้านการลดปัจจัยเสี่ยงในการศึกษานี้มี 2 คน คือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1 คน และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ 1 คน พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ต้องใช้เวลานานในการแก้ปัญหา ระยะเวลาของโปรแกรมจึงอาจไม่เพียงพอ แม้ผู้ป่วยจะลดพฤติกรรมเสี่ยงลงบ้าง แต่คะแนนที่สูงขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด แม้มีแนวโน้มว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านนี้ดีขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.96 เป็น 4.77 และ 4.84 ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมจัดการความเครียดมีเพียง 2 ราย ประกอบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย คะแนนที่สูงขึ้นจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นภัทร อินทรทง⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ

บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก มากกว่าร้อยละ 70 สามารถมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการพัฒนาจิตวิญญาณและสามารถทำงานเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายระยะยาวที่ตั้งไว้ในชีวิตได้ แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวที่ดี การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกร มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ไม่เร่งรีบ และมีความเครียดในระดับเล็กน้อย จึงทำให้ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านนี้ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ระดับความดันซิสโตลิกของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และในสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁽⁴⁾ เห็นได้จากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยยังคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของตนเองได้ต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังรายงานของ JNC 7 ที่เสนอว่าการลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 2.4 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท⁽⁴⁾ การรับประทาน DASH Diet ได้แก่ การรับประทานผัก ผลไม้ และหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันจากสัตว์ สามารถลดความดันซิสโตลิกได้⁽¹⁹⁾ และการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เกือบทุกวัน มีผลทำให้ระดับ

ความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เน้นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะเวลา 8-12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันซิสโตลิกลดลง^(10, 11)

ระดับความดันไดแอสโตลิกของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนาร์ตัน ธรารพ⁽⁹⁾ และจุฑารัตน์ ภาคะนันท์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ใช้กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง⁽⁸⁾ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า ระดับความดันไดแอสโตลิกของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาคครั้งนี้ ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง คือมีค่าเฉลี่ย 81.71 มิลลิเมตรปรอท ก่อนได้รับโปรแกรมฯ เหลือ 80.71 และ 75.71 มิลลิเมตรปรอทหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้มีจำนวนน้อย ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาคครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรในตำบลบ้านเหล่าใหญ่ ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติการคัดเลือก พฤติกรรมสุขภาพ

ของกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดปัญหาเป้าหมาย และวิธีการปฏิบัติ จึงอยู่ในบริบทวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายของการรักษาพยาบาล ควรประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการแลกเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยควรเริ่มต้นที่การปรับการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตน โดยร่วมกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะกับปัญหา และวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ติดตาม และช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ทุกราย ควรได้รับการดูแลตามกระบวนการข้างต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และมีการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ในระยะยาวต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและการป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 15]. Available from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable__diseases/media/non__communicable__diseases__hypertension__fs.pdf
2. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014;311(5):507-20.
4. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289(19):2560-72.
5. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้ จาก: <http://www.thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>
6. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี. โรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
7. Turner JR. Patient and physician adherence in hypertension management. J Clin Hypertens (Greenwich) 2013;15(7):447-52.
8. King IM. A Theory for nursing: System, concept, process. New York: John Wiley & Sons; 1981.
9. นภารัตน์ ธีราพร. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. [วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
10. จุฑารัตน์ ภาตะนันท์, รัชณี นามจันทร, ปิ่นหทัย ศุภเมธพร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต. วารสารพยาบาลทหารบก; 2555;13(1):72-80.

11. อภิญญา ชนะศึก. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2549.
12. นิตยา ธนวิฑูมิ, เพชรภรณ์ สมบูรณ์บุรณะ, นิตยา พันธุเวทย์. คู่มือปฏิบัติมาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (โรคหลอดเลือดสมอง) ปีงบประมาณ 2550. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
13. งานสถิติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมหาชนะชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปีงบประมาณ 2556. ม.ป.ท.: 2556.
14. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ผลงานวิชาการ ปีงบประมาณ 2555 สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dms.moph.go.th/imrta/>
15. นาฏอนงค์ สิงห์कुณา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
16. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, อัญชลี พงศ์เกษตร, สุชาติ สังแก้ว. ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวธรรมามัยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี. ใน: รายงานการประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6; 26 มิถุนายน 2558; มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา; 2558. หน้า 753-68.
17. ภัสพร ขำวิชา, เพ็ญศิริ สนต์โยธาส, ภัทรธิดา ศรีแสง, กาญจนา กิริยางาม. การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันสูงในชุมชนซอยจึก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์ 2557;21(2):83-95.
18. นภัทร อินทรทรง. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://hpc2.anamai.moph.go.th/research/index.php/2553/74-2015-05-29-07-08-26>
19. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมฯ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihypertension.org/files/216__1.Hypertension__Guideline__2012.pdf